第75回日本ハンセン病学会 シンポジウム： 「ハンセン病をめぐる国際医療協力の現状と展望」 私達にできることを求めて

畑野研太郎*

国立療養所邑久光明園

〔受付：2002年7月5日〕

キーワード：海外医療協力、leprosy、途上国の共通点・相違点、GOとNGO

はじめに

本稿では、日本キリスト教海外医療協力会からバングラデシュに派遣されて、1984～1994年の間、現地の民間プロジェクトのシニア・メディカル・オフィサーとして働いてきた経験から、NGOでの働きおよびバングラデシュでの体験から得たものについて述べる。同時に、JICAからミャンマに派遣されて、2000～2001年の1年間長期専門家として、また、2002年1月～2月の1ヶ月短期専門家として、政府援助に関わった経験から、GOでの働きおよびミャンマでの体験より得たものについて述べたい。

ミャンマとバングラデシュは、国境を接する隣国であるが、そこには驚くほどの違いと、また途上国としての共通点が存在した。同じくハンセン病対策を通して知ったこの二つの国が、これほど違った側面を見せた事は、私達がハンセン病対策に協力するにあたって、必要とされる協力の方法

が一筋縄ではいかないことを思わせた。しかし、同時に、これほど違った二つの国においても共通点が存在するというのも事実であった。

同時に、バングラデシュでは、NGO（民間協力団体）を通して行われた医療協力に参加したのであるが、ミャンマにおいてはGO（JICA：政府）を通して行われた医療協力に参加する機会を与えられたのであり、この二つの協力方法は、その基本理念から見てかなり違ったものであるという印象を得た。この点についても報告してみたい。

最後に、JICAからの派遣では長期専門家と短期専門家のどちらの立場も経験させていただいた。この二つの役割も、またかなり違った役割を担うべく期待されているものと思われる。

以上述べた三点の違いを明確にして、それでは、「日本でハンセン病にかかわる私達が国際医療協力において担いうる役割とは何であるのか」について、私見を述べてみたい。

バングラデシュとミャンマの相違点

同じく開発途上国といっても、隣り合ったバングラデシュとミャンマですら大きな違いが見られる。バングラデシュの経験の後で初めて訪問したミャンマのあまりの違いは驚きであった。両国の

*Corresponding author :
国立療養所邑久光明園
〒701-4501 岡山県邑久郡邑久町虫明6253
Tel : 0869-25-0011 Fax : 0869-25-1763
E-mail : hatano@nsok.hosp.go.jp

印象の違いは、例えば以下に挙げたような点にあった。

1) 国土の広さと人口密度の差

バングラデシュの国土面積143,998km²、人口(1997年中央推計)122,013人、人口密度 847人/km²であるのに対して、ミャンマでは、国土面積676,578km²、人口 46,402人、人口密度 69人/km²である。この人口密度の差は、農村部における豊かさや食糧事情の差として現れてくるばかりではなく、国民性の差や文化への影響も大きいものと思われる。

2) ほぼ単一民族と、多民族国家。

バングラデシュにも少数民族は存在するが、ほとんどがベンガル人で構成されている。主要言語は全国共通にベンガル語が使用されており、少数民族も自らの言葉を持っているが、特に若い世代はほぼすべてベンガル語も会話可能である。ある統計では、98.8%の人がベンガル語を使用できる。一方、ミャンマは、典型的な多民族国家である。全土は、14の大行政区に分けられているが、そのうち7つは管区 (division)、7つは州 (state) と名付けられていることに典型的に見られるように、多くの言語を異とする民族の集合国家である。一般に途上国においては、ミャンマと同様の、多民族多言語国家が普通である。

3) 教育に対する熱心さ

教育の専門家ではない私が、生活者として見ただけで断言するのは適正さを欠くと思われるが、ミャンマの方が社会全体としては教育熱心であるように思われた。また、医療従事者に対するハンセン病教育の点でも、ミャンマの方がより熱心に行われている印象を受けた。

4) 現場での情報量

行政組織末端が持つ住民情報の量を比較してみると、ミャンマの方がバングラデシュよりも格段充実している。例えば、村のヘルスワーカーが自分の責任を負っている村の住民一人一人の健康状態を記録しているノートを見せていただいたが、正直言って途上国では見たことがないほど綿密に記載されていた。問題はこの情報が、上に伝わっていく過程で丸められてしまうことであろう。一方、バングラデシュではこのような綿密な仕事のやり方を、行政として施行していることは見たこ

とが無い。しかし、一般には、バングラデシュのような状態の方が途上国では普通の状態と思われる。

5) 全体的な印象の差

このふたつの国は、全体的に見てまことに対照的な印象を与える国であった。いわば、混沌と整然、あるいは、過自由と不自由といえるかもしれない。それは、最初に述べた人口密度の差から来るものなのか、あるいは、政治体制の差なのか、もしくは、いわゆる歴史的な蓄積により形成された民族性と呼ぶべきなのか。カオスの両端にある沸騰する水と結晶した水といった印象を与えるほどに違うように見えた。

6) 発展の可能性を感じさせる国かどうか

このように、バングラデシュで長く生活したあとで、ミャンマを初めて訪問した時には、ミャンマには大きな可能性があると感じることができた。一方、バングラデシュは上記で見てきたように、整然とした発展からはまだ遠いという印象を与える国であった。しかし、ミャンマ滞在中にある日本人の講演会に出て「ミャンマ、可能性の国といわれて50年」と講師が述べたのを聞き、たとえどう見えようともなかなか発展しない現実、このふたつの国の共通点があるのだと悟った。それで、これに続いて共通点を挙げてみよう。

バングラデシュとミャンマの共通点

1) 70年位前までにはどちらも豊かな国であった

豊かさとは何かという議論は、ここではとりあえずしないことにする。しかし、衣・食・住に限って言えば、つい最近までどちらの国も日本より豊かであったといっても差し支えないであろう。この間の人口増加率を考えると、70年前には両国の人口は現在の三分の一から四分の一であったと考えられる。とすれば、当時の日本のように餓死者が出るような貧しさは無かったであろう。そして、そうした長い歴史を持っていることも共通しているように思われるのである。

2) 近年になって独立を果たした

両国ともに植民地支配を受けて一時的に独立を失い、改めて独立してからの期間は、ミャンマで約50年、バングラデシュにいたっては約30年を数

えるに過ぎない。日本が、約300年の江戸時代という安定期を持つことを考えると、社会制度やそれを支える心理的背景といったものの成長に必要な時間を、いまだに充分持っていないのかもしれない。

3) 現在は農業を基本とする後発開発途上国である
独立後、それぞれ異なった歴史を歩んできたとはいえ、現代先進国でみられる急速な発展速度に追いつくことができないできたという点は共通であるといえる。農業を含む第一次産業では、これらの発展に歩調をあわせる資本形成が不可能であるような世界構造になっているからだ。

4) 基本的社会基盤が整備不十分である

以上の結果、電気、道路網、コミュニケーションなどが整備不十分である。基本的に発電量が不足していることによる長時間にわたる毎日の停電は、たとえ導入できたとしても、精密な検査機器やコンピューター等を業務に用いることをむづかしくしている。道路網は、些細な気象の変化などでも簡単に寸断されてしまう。電話も、地方主要都市を除けばほとんど不可能である。ましてや、コンピューターネットワークなどは全く不可能な状態である。これらが、疾病コントロールに及ぼす影響は大きい。

ハンセン病国際協力の共通点・相違点

このように、ふたつの国を簡単に比べてみただけでも、多くの相違点・共通点を見出すことができる。ハンセン病対策についても、同様に相違点・共通点が見られるので、少し述べてみたい。

1) 中央政府の姿勢が大きく違う

途上国の行政課題として、ハンセン病の優先順位はかなり低いのが一般である。そういう意味においては、バングラデシュ政府の姿勢がより一般的な姿勢であろうと思われる。ミャンマにおいては、ハンセン病対策は例外的に高い優先順位を確保している。これは、単に現時点のことにとどまらず、歴史的にもミャンマでは常に高い優先順位を維持してきたようである。

2) ハンセン病対策におけるカウンターパートのあり方の違い

ハンセン病対策においては、WHO、World

Bank、NGOなど、カウンターパートの協力の仕方が大きく違っている。両国ともにNGOのpresenceが大きいことは同じであるが、その関与の仕方はバングラデシュでは直接的、ミャンマでは間接的と対照的である。これは、現地における専門家の有無にも関係している。国として長い期間にわたるハンセン病対策の歴史を持っているミャンマでは、ハンセン病対策に一生をついやしてきた専門家が存在するが、多くの途上国では現地の専門家が育っていないのが現状であるので、カウンターパートの関与がより直接的になりがちなのであろう。

3) どの途上国においても、現場における診断治療能力のばらつきが大きい

途上国においては、フィールドにおける診断治療能力のばらつきが大きい。この弊害を取り除くために、短期間の研修を受けたフィールドワーカーでも診断できるようにと、簡便な診断基準、治療基準が導入されている。しかし、ハンセン病コントロールが一般医療システムに統合されていく過程で、このばらつきは更に大きくなっているように思われる。

4) どの途上国においても、コントロールそのものが画一的である。

ハンセン病コントロールは、基本的には各国の政府によって広い地域で共通の方法に従って進められるべきであろう。実際にそれを指導しているのがWHOをはじめとする国際機関である。最近の約15年間、世界中ほとんどすべての地域で、単一の方法が施行されてきた。国際協力をおこなう場合にも、この基本的な方針を正しく理解しておくことが必要である。

しかし、これからは、もっとこれらの国の相違点にも着目した、各国の強みを生かしたコントロールというものも考えられてもいいのではないと思われる。

5) 障害進行防止対策(POD: prevention of disability)が不在である

これは、不在であるというのは酷かもしれない。途上国現場の人々はその重要性に気づいていないわけではない。実際にはコントロールワークに忙殺されて、PODを施行する余力を持たないのである。しかし、一方でいまだに多くのハンセン

病による障害者が毎年積み増されてきていることは否定のしようが無い。20万人を超える治療終了者がいるミャンマでも、少なくとも4万人を超える障害者が放置されているわけであり、今後もそのままにしておける問題ではない。

6) 最前線ワーカーの自己決定権限が低い

これはどの途上国でも、分野を問わずみられる現象である。最前線ワーカーの能力を信頼できない、あるいはされていない現状を反映したものとされる。また、医療分野においても、医師以外の職種の地位が低いことをも反映している。これは、先に述べたばらつきの大きい診断治療能力を平均化する役には立っているかもしれないが、現場での有能なワーカーの意欲を向上させる足枷となる場合も多い。

民間援助団体(NGO)と政府援助(GO)

政府からの医療協力と民間の医療協力には大きな違いが見られる。一般に、GOでは相手国の中央政府をカウンターパートとしているので、大きな範囲で仕事ができるが、プロジェクトの小回りが効かず途中で修正が困難であるので評価の定まらない方法はとることができない。それに反して、NGOの仕事では現場の広がり大きいとはいえないが、プロジェクトの小回りが効き修正が容易であるので、新しい方法を試すのは容易である。

それぞれの現場での実際の働き方も違ってくる。GOでは、現地の医療従事者を介して患者さんに関わる場合が多いが、NGOで働く場合、直接に関わる場合が多い。医師の場合で言えば、GOでは現地の医師のインストラクターとして関わるのに対して、NGOでは主治医としてかわることが多いわけである。したがって、現地医療従事者の教育に関しても、GOでは、教育が前面の目的になることが多いが、NGOでは、日本で後輩の教育を現場でおこなうのと同様のかたちとなる。

一般論として言えば、国の政策を決定する場合の距離が近くなるにつれて、フィールドから遠くなり、フィールドに近づくにつれて、医療政策決定の場からは遠くなるという関係が成り立つ。そして、GOは国の政策決定の場に近く、NGOでは

フィールドに近いわけである。JICAのアイデンティティーも、明らかにこの見方を裏付けている。つまり、同じ開発途上国で働くとしても、極型でいえば、NGOで働くのは無医村の医師となることに似ており、GOで働くのは厚生労働省で働くことに似ているのである。もちろん、この両極型の間にはグレーゾーンが存在するのは言うまでもない。

JICAプロジェクトにおける 長期専門家と短期専門家の役割

日本人として海外医療協力に関わる場合、JICAの専門家として関わる可能性も大きいと思われるので一言述べておきたい。JICAには一年以上現地に滞在する長期専門家と、それ以下の期間の短期専門家との2種類がある。(青年協力隊やシニアボランティアについては省略する)

長期専門家は、多目的ワーカーであり、オーガナイザーであるといえる。現地で、フィールドのニーズを探り、それに見合った日本のリソースを求め、当事国の政府担当者に提案、協議し、賛同を得て小プロジェクトをつくりあげる。そうした小プロジェクトを有機的に組み上げていき、全体のプロジェクトの目的を達するのである。

短期専門家は、個別目的であることが多く、単一の専門性を発揮することでこれらの小プロジェクトの目的を達するのに寄与するのである。

私達にできることは何か？

1) ハンセン病コントロール

残念なことに、日本にはfield controlの経験がほとんどない。あえていえば沖縄の経験があるくらいである。強制隔離政策によって日本の医療が経験できなかった分野であるといえるだろう。この分野で活躍しようと思うなら、epidemiologyに関する研鑽を積んだ上で、海外での経験のある程度つんでおく必要があると思われる。あるいは、日本人epidemiologistとleprologistが一緒となって対話しながら、現地の人々と議論していく必要があるだろう。こういう方式なら、アイデアと機器を提案していくことは可能であろう。しかし、

当事国に leprologist がすでに存在する場合、この分野は彼らの得意分野であることを忘れてはならない。

2) ハンセン病の臨床分野について

①ハンセン病の臨床

これからハンセン病を学ぶ若い人については、日本にいたのでは臨床医としての研鑽をつむことは困難となってきている。海外協力の中で自己を磨いて、その経験を途上国の若い医師に伝えるという方法しかないのではなからうか。しかし、すでにハンセン病の臨床医として自己を確立している方々については、日本における症例の少なさという Disadvantage を advantage に変えることが可能であろう。日本での一例一例を舐めるように診療してきた経験は、途上国の医師には経験できないことである。また、再発例に関しても、国立療養所でまじめにハンセン病を担当してきた医師には経験されていることである。また、皮膚科の専門家の鑑別診断能力も、充分活かされられると思われる。

②ハンセン病看護

国立療養所で、意識的に経験を重ねることにより、途上国で有効に働くことは可能である。ハンセン病以外の障害者看護もまた、関連している領域で研修の場となりえると考えられる。清潔法の徹底や、クリティカル・パスのように、情報の患者への伝達という点でも、強い責任感をもって働く日本の看護師であれば、十分に伝えるものを持っていると考える。

③検査・病理診断

途上国ではまだまだ不十分な領域である。日本での技術の研鑽と、同時に、器具薬品あるいは電気のような社会基礎基盤が不十分である状況で、いかに可能な範囲で正確な検査をおこなうか、proper technology を現地と協力して開発していくことが必要である。

④PODに関して

途上国ではもっとも neglect されている分野である。

i. 機能再建手術

若い医師は、日本では経験できなくなっ

ている分野である。整形外科医としての研鑽のうえ途上国にて技術を移転してもらい、それをより必要な地域に技術移転していくという方法を実施するよりないと思われる。すでにこれらの手術に経験をつんだ外科医は、日本では数少なくなっている。

ii. 外科看護

日本で手術場勤務の経験があれば、技術移転することは可能である。しかし、再建術に関しては、途上国での研修を行うことができれば理想的である。しかし、医師ほど長期の途上国研修は不必要であると思われる。

iii. 理学療法

途上国においては、特に neglect されている分野である。基本的には日本での研鑽で充分であるが、検査・病理診断領域と同じく器具等が不足している状況でいかに有効な援助をおこなうか、proper technology を現地と協力して開発していく能力が求められる。CBR (community based rehabilitation) の考え方に習熟しておくことも重要である。機能再建術の理学療法に関して海外経験を積む機会をもつことができれば理想的である。

iv. 義肢装具

理学療法領域と同じく、途上国においては、特に neglect されている分野である。材料や工作器具のないところで、いかに有効な援助をおこなうか、proper technology を現地と協力して開発していく能力が求められる。

3) 基礎研究について

この分野について述べるのは、私の任務ではない。しかし、現地の医師たちの motivation を長く維持するためにも、臨床研究手法も含めて、研究手法の技術移転は重要であり、日本の研究者にはそれが可能であると考えられる。

最後に

ハンセン病は、日本ではほとんど消滅しつつある疾病である。しかし、世界ではまだまだ残され

た課題は多い。また、日本国内における外国籍市民からの発症は今後少数であろうとも続いてゆくものと思われる。世界がまだハンセン病から自由になっていない以上、日本から臨床家が皆無となるのは、国家としても大きな問題である。

そこで、今後ハンセン病の海外医療協力を志す方が出てきた場合、以下の点について考える必要があるだろう。

1) ハンセン病国際医療協力に個人としていかに関わるのか。

①NGOで働くのか、GOで働くのか。

②ハンセン病の中でも得意分野を作り、特殊専門性を生かすのか、ジェネラリストとして参加するのか。

③もう一つの重要な役割、つまり、海外に出てゆく人のサポートを行うという重要な役割を果たすのか。

以上の中から、自分の役割を選択してゆかなくてはならない。

また、せっかくのハンセン病学会のシンポジウムであるので、以下の質問をおこないたい。つまり、

2) 「ハンセン病国際医療協力に組織としていかに関わるのか」という質問である。

最後に、若い日に出会い海外医療協力に駆り立てた有名な老子の詩を引用する。

Go to the people	人々のところに行こう
Live with them,	彼らとともに住もう
Learn from them,	彼らから学ぼう
Love them.	彼らを好きになろう
Start with what they know,	彼らの知っていることから初めて
Build with what they have.	彼らの持つものの上に建設しよう
But with the best leaders,	しかし、本当のリーダーならば
When the work is done	仕事が完成したときに
the task accomplished,	役割がはたされたときに
The people will say,	人々は次のように言うだろう
"We have done this ourselves."	「私たちは自らこれを成し遂げたのだ」

Lao-Tse, 老子 700 B.C.

What is possible for us to corroborate developing countries in the leprosy field ?

Kentaro Hatano*

National Sanatoriumu Oku-Komyo-En

[Received: 5 July 2002]

Key words : overseas medical cooperation, leprosy, similarities and dissimilarities
in developing countries, NGO and GO

Developing countries have their own unique characteristics, histories, and situation. There are great differences from country to country. From the experiences worked in both Bangladesh and Myanmar which share their border, some similarities and dissimilarities among these two greatly different countries are discussed. Considering this, common problems on leprosy in the developing countries are analyzed.

The needs of developing countries in the field of leprosy are studied, and the possible way of corroboration for us, Japanese leprosy workers, are suggested.

*Corresponding author :

National Sanatorium Oku-komyo-En

〒701-4501

Mushiake 6253, Oku-cho, Oku-gun, Okayama-ken, Japan

Tel:0869-25-0011, Fax:0869-25-1763

E-hatano@nsok.hosp.go.jp